

## Research Paper

# The Effect of Empowerment Program Based on the Health Belief Model on the Perceived Satisfaction of People With Acute Coronary Syndrome

Reza Mohammadi<sup>1</sup>, Reza Masoudi<sup>2\*</sup>, Shahram Etemadifar<sup>2</sup>, Ali Ahmadi<sup>3</sup>

1. Department of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

2. Community-Oriented Nursing Midwifery Research Center, Department of Adult and elderly Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

3. Modeling in Health Research Center, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.



**Citation:** Mohammadi R, Masoudi R, Etemadifar Sh, Ahmadi A. [The Effect of Empowerment Program Based on the Health Belief Model on the Perceived Satisfaction of People With Acute Coronary Syndrome (Persian)]. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019; 7(4):278-285.



Received: 17 Feb 2018

Accepted: 13 Sep 2018

Available Online: 01 Jan 2019

### Keywords:

Empowerment based on the health belief model, Perceived satisfaction, Acute coronary syndrome

## ABSTRACT

**Background and Aims** Heart disease can affect patients and their families, and society's biopsychological status. Thus, it is necessary to empower patients to better control the disease and improve their lives. The current study evaluated the effect of empowerment program based on the health belief model on perceived satisfaction in patients with acute coronary syndrome.

**Methods** This clinical trial study was conducted on 70 patients with acute coronary syndrome who were randomly assigned to two intervention and control groups. Initially, perceived satisfaction questionnaires were completed in the two groups; then, the intervention group received a 7-session empowerment program based on the health belief model, and usual care was provided to the controls. Immediately, one month, and three months later, the questionnaire was completed by the two groups. The obtained data were analyzed using the Mann-Whitney U test, Wilcoxon test, and Chi-squared test in SPSS.

**Results** The two groups were matched in terms of demographic variables such as gender, age, and the type and duration of disease ( $P>0.05$ ). Comparing the level of changes in perceived satisfaction in the two groups revealed that posttest changes were significantly higher in the intervention group, compared to the controls ( $P<0.001$ ). The mean $\pm$ SD pretest, immediately after and one month, and three months after the intervention scores of perceived satisfaction changes in the test group were  $116.36\pm33.88$ ,  $154.1\pm29.07$ ,  $144.3\pm27.32$ , and  $127.2\pm28.58$ , respectively.

**Conclusion** According to the obtained results, implementing the empowerment program based on the health belief model can increase perceived satisfaction in patients with acute coronary syndrome.

### \* Corresponding Author:

Reza Masoudi, PhD.

**Address:** Community-Oriented Nursing Midwifery Research Center, Department of Adult and elderly Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

**Tel:** +98 (38) 33335648

**E-mail:** masoodi1383@yahoo.com

# بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر خشنودی درک‌شده بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری

رضا محمدی<sup>۱</sup>، \* رضا مسعودی<sup>۲</sup>، شهرام اعتمادی<sup>۳</sup> فر<sup>۴</sup>، علی احمدی<sup>۵</sup>

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲- مرکز تحقیقات پرستاری مامایی جامعه‌نگر، گروه پرستاری بزرگسالان و سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- مرکز تحقیقات مدل‌سازی سلامت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۲۸ بهمن ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۲۲ شهریور ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۳۹۷

**زمینه و هدف:** بیماری قلبی در تمام طول عمر می‌تواند همراه فرد باشد و علاوه بر جسم، وضعیت روحی و روانی بیمار و دیگر افراد خانواده و حتی جامعه را نیز متأثر کند، بنابراین لازم است مداخله برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از زندگی بهتر، توانمند کرد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی، بر خشنودی درک‌شده بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری است.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ و با شرکت ۷۰ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونری پس از نمونه‌گیری در دسترس و تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد انجام شد. در ابتدا پرسش‌نامه خشنودی درک‌شده در دو گروه تکمیل و برای گروه آزمایش، برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در هفت جلسه آموزشی و برای گروه شاهد مراقبت رایج اجرا شد. بلافاصله، ۱ ماه و ۳ ماه بعد مجدد پرسش‌نامه‌ها در دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری یو من ویتنی، ویلکاکسون و کای اسکور و نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، سن، نوع و مدت بیماری همسان بودند ( $P > 0.05$ ). مقایسه میزان تغییرات خشنودی درک‌شده در افراد دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد میزان تغییرات این مقیاس بعد از مداخله نسبت به قبل از مطالعه در گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است ( $P < 0.001$ ). میانگین و انحراف معیار خشنودی درک‌شده در مرحله قبل از مطالعه در گروه آزمایش  $116/32 \pm 34$  بود که بلافاصله بعد از مداخله  $154/11 \pm 29/07$  و ۱ ماه بعد از مداخله به  $144/3 \pm 27/32$  و ۳ ماه بعد از مداخله به  $127/2 \pm 28/58$  تغییر یافت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی باعث افزایش میزان خشنودی درک‌شده در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری می‌شود.

## کلیدواژه‌ها:

خشنودی درک‌شده،  
الگوی اعتقاد بهداشتی،  
برنامه توانمندسازی،  
سندرم حاد کرونری

## مقدمه

است و به طور پیشرونده‌ای در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است<sup>(۱)</sup> و موجب از کارافتادگی، کاهش تولید و عوارض درخور توجهی در بیماران می‌شود و با زیان‌های فراوانی برای جامعه و خانواده این بیماران همراه است<sup>(۲)</sup>.

در ایالات متحده هر ۲۵ ثانیه یک نفر درگیر بیماری عروق کرونر می‌شود، هر یک دقیقه یک نفر فوت می‌کند و سالانه نزدیک به یک میلیون و ۴۰۰ هزار نفر مبتلا به سندرم حاد کرونری، بستری می‌شوند که در حدود ۸۱۰ هزار نفر از آن‌ها مبتلا به انفراکتوس میوکارد هستند<sup>(۳)</sup>. در سال ۲۰۲۰ از هر سه آمریکایی یک نفر از نوعی بیماری قلبی رنج خواهد برد و در اروپا از هر چهار میلیون

سندرم حاد کرونری اصطلاحی است که برای توصیف طیف وسیعی از شرایط مرتبط با کاهش ناگهانی جریان خون به قلب استفاده می‌شود<sup>(۱)</sup>. این بیماری در اثر انسداد ترومبوتیک یک یا چند شریان از شریان‌های کرونری مشخص می‌شود<sup>(۲)</sup> و هنوز هم علت اصلی ناتوانی و مرگومیر در بسیاری از کشورها به شمار می‌رود<sup>(۳)</sup>. با وجود پیشرفت چشمگیر در تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی در سه دهه اخیر، این بیماری همچنان یک مشکل سلامتی عمومی در جهان صنعتی

\* نویسنده مسئول:

رضا محمدی

نشانی: شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، مرکز تحقیقات پرستاری مامایی جامعه‌نگر، گروه پرستاری بزرگسالان و سالمندان.

تلفن: ۳۳۳۳۵۶۴۸ (۲۸) ۹۸+

پست الکترونیکی: masoodi1383@yahoo.com

مرگ در سال، دو میلیون مرگ در اثر بیماری قلبی خواهد بود.<sup>(۳)</sup>

آمارهای رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران نشان می‌دهد درصد زیادی از مرگ‌ومیرها در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی است. روزانه ۳۰۰ نفر بر اثر عوارض قلبی فوت می‌کنند و این در حالی است که شیوه زندگی و نوع تغذیه مردم، ریسک بروز این بیماری را به حداکثر رسانده است. در سال ۱۳۹۰ در ایران ۴۶/۱۲ درصد مرگ‌ها به علت بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است و سکنه قلبی با ۱۹/۷ درصد بالاترین آمار مرگ را در این میان دارد.<sup>(۴)</sup>

این بیماری باعث ناتوانی قلب در خون‌رسانی و علائمی مانند تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری و ادم را سبب می‌شود. این علائم به تغییر سبک زندگی و محدودیت‌هایی در عملکرد جنسی، شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی افراد منجر می‌شود و بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد.<sup>(۵)</sup> بسیاری از بیماران احساس گناه، ناامیدی و کاهش اعتماد به نفس را تجربه می‌کنند، استقلال خود را از دست می‌دهند و به دیگران وابسته می‌شوند. نگرانی از آینده بیماری، مشکلات جسمی و سربار خانواده و جامعه شدن و سرانجام مرگ از مشکلات رایج این بیماران است. علاوه بر این، بیماری بر وضعیت روحی و روانی آن‌ها تأثیر نامطلوب می‌گذارد.<sup>(۶)</sup>

مطالعات نشان داده‌اند خطر حوادث عروق کرونر در مبتلایان به سکنه قلبی که سطح اضطراب و استرس زیادی را تجربه می‌کنند، دو تا پنج برابر بیشتر از بیماران غیرمضطرب است. همچنین بروز حوادث قلبی در بیماران مبتلا به سکنه قلبی که استرس دارند، پس از سکنه افزایش می‌یابد.<sup>(۷)</sup> درواقع بیماری قلبی موجب تخریب در نقش عملکرد فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و نگرانی فرد و کاهش خشنودی بیمار از زندگی می‌شود.<sup>(۸)</sup> می‌توان خشنودی را نوعی واکنش عاطفی به محیط پیرامون دانست که در حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری نقش اساسی دارد.<sup>(۹)</sup>

افزایش خشنودی باعث افزایش بهبودی و واکنش بهتر نسبت به بیماری می‌شود. نارضایتی و کاهش خشنودی بیمار از موانع اصلی درمان بیماری محسوب می‌شود.<sup>(۱۰)</sup> خشنودنبودن بیمار موجب قطع ارتباط او با نظام بهداشتی و دست‌کم مشارکت‌نداشتن در ارائه خدمات می‌شود و علاوه بر آن موجب احساس بی‌کفایتی، ناخشنودی کارکنان و به تبع آن موجب کاهش کارایی نظام بهداشتی می‌شود و درمجموع باعث ایجاد اثرات سوء در بیمار و خانواده و جامعه می‌شود.<sup>(۱۱)</sup> کمبود آگاهی درباره این علائم و سیر مزمن و پیشرونده بیماری ضرورت برنامه‌ریزی برای حل این مشکلات را آشکار می‌کند. یکی از راه‌های کمک به این بیماران توانمندسازی آن‌ها در برابر مشکلات است.

هرچند تغییر در احساسات به تغییر در نگرش درباره پدیده‌ها

می‌انجامد، تغییر در احساسات نیز خود ریشه در مهارت‌ها و توانمندی‌هایی دارد که آموختنی هستند. از این رو می‌توان با طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب و توانمندکردن بیمار، احساسات و نگرش‌های مثبت را در او ایجاد کرد. امروزه نقش و مسئولیت بیمار در مراقبت از خود اساس و پایه توانمندسازی است. ارزش برنامه‌های توانمندسازی به اثربخشی آن‌ها و اثربخشی آن‌ها به استفاده از تئوری‌ها و مدل‌های استفاده شده در آن بستگی دارد. یکی از این مدل‌ها، الگوی اعتقاد بهداشتی است که پایه و اساس آن تغییر رفتار بیماران است.

این الگو بر انگیزه افراد برای عمل تأکید دارد و نشان می‌دهد چگونه ادراک فرد ایجاد انگیزه و حرکت می‌کند و سبب تغییر رفتار در فرد می‌شود.<sup>(۱۲)</sup> الگوی اعتقاد بهداشتی بر این فرض استوار است که انجام یک رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادات شخص است. این اعتقادات شامل آسیب‌پذیری شخص از بیماری، تأثیر بیماری بر زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری می‌شود.<sup>(۱۳)</sup>

در این تحقیق سعی شده است با تعیین چارچوب برای ایجاد یک برنامه مدون توانمندسازی و استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی به عنوان راهنمایی برای تغییر رفتار، تأثیر توانمندسازی بر پایه و اساس سازه‌های این الگو، بر خشنودی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بررسی شود.

### روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۵ تا تیر ۱۳۹۶ انجام شده است و در آن ۷۰ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونری از میان بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان (قلب، داخلی و سی‌سی‌یو) بیمارستان‌های هاجر و کاشانی شهرکرد، انتخاب شدند. در این پژوهش نمونه‌ها به روش آسان انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد (هر گروه ۳۵ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، بستری شدن به علت بیماری قلبی، تأیید بیماری قلبی به وسیله علائم کلینیکی و پرونده پزشکی، شرکت‌نکردن در برنامه آموزشی مرتبط همزمان با اجرای مداخله، تمایل به شرکت در پژوهش، توانایی تکمیل پرسش‌نامه و شرکت در برنامه توانمندسازی و معیارهای خروج از مطالعه شامل، داشتن بیماری روحی‌روانی خاص، ناتوانی ادامه برنامه توانمندسازی، در دسترس نبودن یا نداشتن توانایی پیگیری، ناتوانی در یادگیری به دلیل اختلالات ذهنی‌روانی، داشتن محدودیت‌های جسمی، فوت یا مهاجرت بیمار بود.

ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت

شاهد انجام می‌شد، مرحله مداخله فقط برای گروه آزمایش انجام و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

در جلسه اول ضمن آشنایی با بیماران و شنیدن صحبت‌ها و مشکلات آن‌ها درباره ماهیت بیماری سندرم حاد کرونری و مراقبت‌های مربوط توضیح کلی داده شد. در این مرحله بعد از ارزیابی میزان آمادگی و آگاهی بیماران تلاش شد، بیماران متقاعد شوند مهارت‌ها و قابلیت‌های لازم برای موفقیت در تغییر رفتار به منظور تعدیل عوامل خطر قلبی عروقی را دارند. مراحل اجرای برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی شامل چهار گام به شرح زیر است:

گام اول (تهدید درک‌شده): در این مرحله آگاهی و شناخت بیماران نسبت به شدت و عوارض بیماری سنجیده شد و درباره میزان خطر، شدت و عواقب بیماری، عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری، همچنین درباره درد ناشی از بیماری و میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن، نتایج اجتماعی بیماری (تأثیر روی کار، اثر روی زندگی خانوادگی، ارتباطات اجتماعی) بحث و در نهایت تصویری از شدت بیماری برای بیمار ایجاد شد. سعی شد تا فرد جدی‌بودن بیماری را درک کند و این امر به رفتاری پیشگیری‌کننده در او منجر شود و با شناخت خطرات یا عوارض ناشی از بیماری، نسبت به آن احساس خطر کند و احتمال ابتلای مجدد به عوارض بیماری و تشدید شرایط حاضر را درک کند.

گام دوم (منافع و موانع درک‌شده): بعد از ایجاد حساسیت و درک شدت بیماری، درباره منافع رفتار صحیح و مقابله با موانع پیش‌رو، عواقب کنترل نکردن و منافع کنترل، مانند رعایت رژیم غذایی، ترک بعضی از عادات غلط، انجام ورزش و فعالیت منظم و ترک سیگار، الکل و نمک بحث شد. درباره شک و تردیدهایی که بیماران به عملکرد خود داشته‌اند بحث شد و بیماران برای کاهش یا حذف موانع درک‌شده به بیان راه حل و تبادل نظر پرداختند.

گام سوم (راهنمای عمل و خودکارآمدی): درباره عوامل داخلی مانند تنگی نفس، درد قفسه سینه، خستگی و تپش قلب که باعث احساس نیاز فرد به انجام عملی برای کاهش آن‌ها می‌شود و راه‌های کاهش آن آموزش داده شد. بعد از معرفی وسایل ارتباط جمعی و سایت‌های آموزشی و پیام‌های صوتی تصویری، بیماران عملاً با مشکلاتشان و فرایند حل مشکل روبه‌رو شدند؛ به طوری که مشکلات آنان شناسایی، تعریف و راه‌حل‌ها از سوی خودشان ارائه، بحث و اولویت‌بندی شد.

گام چهارم (ارزیابی بیماران برای عمل به رفتارهای آموخته‌شده): ارزشیابی فرایند در تمام طول اجرای برنامه توانمندسازی از سوی پژوهشگر انجام می‌شد. ارزشیابی به صورت پرسش و پاسخ و بحث درباره ابهامات و سؤالات ایجادشده در ذهن بیمار و شفاف‌سازی درباره آموخته‌های قبلی در پایان هر جلسه انجام می‌شد. پس از مداخله، ۱ ماه و ۳ ماه بعد از اتمام

تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری قلبی، محل سکونت، شغل و غیره) و پرسش‌نامه استاندارد خشنودی درک‌شده بود که با روایی و پایایی (میزان آلفای کرونباخ ۰/۸) تأیید شده است<sup>(۱۷)</sup>. در این پژوهش نیز پایایی آن از طریق آزمون مجدد مورد با آلفای کرونباخ بالای ۷۵ تأیید شد.

پرسش‌نامه خشنودی درک‌شده، پرسش‌نامه‌ای ۲۰ سؤالی است که ۱۹ گویه آن، بیمار را درباره خشنودی در ابعاد جسمی، مانند (میزان خشنودی یا ناخشنودی شما از سلامت جسمی‌تان چقدر است؟) اجتماعی (میزان خشنودی یا ناخشنودی شما از میزان خارج شدن شما از منزل چقدر است؟)، شناختی (میزان خشنودی یا ناخشنودی شما از معناداری و هدفمندی زندگی چقدر است؟) و تغذیه (میزان خشنودی یا ناخشنودی شما از نوع و میزان غذای مصرفی‌تان چقدر است؟) از کاملاً خشنود تا کاملاً ناخشنود ارزیابی می‌کند. این ۱۹ سؤال به صورت لیکرت هفت‌گزینه‌ای است که از کاملاً ناخشنود (صفر امتیاز)، نسبتاً ناخشنود (۳ امتیاز)، کمی ناخشنود (۴ امتیاز)، بی تفاوت (۵ امتیاز)، کمی خشنود (۷ امتیاز)، نسبتاً خشنود (۹ امتیاز) و کاملاً خشنود (۱۰ امتیاز) را دربر می‌گیرد.

سؤال شماره ۲۰ میزان خوشحالی را از یک طیف ۱۱ امتیازی از بی‌نهایت خوشحال تا بی‌نهایت ناراحت ارزیابی می‌کند که به صورت بی‌نهایت ناراحت (صفر امتیاز)، بسیار ناراحت (۱ امتیاز)، ناراحت (۲ امتیاز)، نسبتاً ناراحت (۳ امتیاز)، کمی ناراحت (۴ امتیاز)، نه ناراحت نه خوشحال (۵ امتیاز)، کمی خوشحال (۶ امتیاز)، نسبتاً خوشحال (۷ امتیاز)، خوشحال (۸ امتیاز)، بسیار خوشحال (۹ امتیاز) و بی‌نهایت خوشحال (۱۰ امتیاز) است. مجموع امتیاز ۲۰ سؤال پرسش‌نامه ۲۰۰ است که حداکثر خشنودی را بازگو می‌کند و حداقل امتیاز نیز ۲۰ خواهد بود.

روش کار به این صورت بود که پس از گرفتن مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد و مراجعه به بیمارستان‌های کاشانی و هاجر شهر کرد بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش بیان آسان انتخاب و در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. پس از گرفتن رضایت و بیان اهداف پژوهش، پرسش‌نامه طی جلسات مختلف و بنا به شرایط روحی و روانی بیماران و آمادگی آن‌ها بعد از برگزاری جلسات توجیهی در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پیش‌آزمون در تمام بیماران انتخاب‌شده انجام شد.

در ابتدا پرسش‌نامه خشنودی درک‌شده در دو گروه تکمیل و برای گروه آزمایش برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در هفت جلسه در چارچوب الگوی اعتقاد بهداشتی و برای گروه کنترل مراقبت رایج اجرا شد. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مرحله قبل (قبل از مداخله) که به شناسایی منابع، محدودیت‌ها، نیازها و نقاط قوت و ضعف بیمار در زمینه‌های مختلف شد، برنامه توانمندسازی مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی و از آنجا که این مطالعه به صورت آزمون و

برنامه توانمندسازی، پرسش نامه اختصاصی خشنودی درک شده مجدداً در هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.

به منظور بررسی همسانی اطلاعات جمعیت شناختی کیفی (جنس، تحصیلات و غیره) از آزمون آماری کای دو و برای بررسی اطلاعات جمعیت شناختی کمی (سن)، از آزمون آماری تی مستقل در دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. به منظور استفاده از آمار استنباطی از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف با هدف بررسی عادی بودن داده ها استفاده شد که درباره داده های این پژوهش مقدار معنی داری آزمون ذکر شده کمتر از  $P < 0.05$  بود؛ بنابراین از آزمون های غیر پارامتریک یو من ویتنی، ویلکاکسون و کای اسکور استفاده شد. از نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS به منظور تحلیل داده ها استفاده شد. سطح معنی داری در آزمون های استفاده شده کمتر از ۵ صدم در نظر گرفته شد.

### یافته ها

نتایج به دست آمده از تحلیل داده های مربوط به مشخصات جمعیت شناختی نشان داد میانگین سنی بیماران در گروه آزمایش ۵۱/۸ و در گروه کنترل ۵۲/۲ بوده است که از بین کل بیماران شرکت کننده در مطالعه ۴۲ درصد بیماران را مرد و ۵۷ درصد آن ها را زن تشکیل می دادند. از نظر سطح تحصیلات اکثر بیماران در مطالعه تحصیلات زیر دیپلم داشتند و فقط ۷ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند.

۸۲/۹ درصد افراد در گروه آزمایش و ۹۶/۸ درصد از گروه کنترل متأهل بودند. نتایج مطالعه نشان داد، ۷۱/۴ درصد از گروه مداخله و ۷۷/۴ درصد از گروه شاهد علاوه بر بیماری قلبی سابقه بیماری های دیگر مانند فشار خون و دیابت و کلسترول بالا و بیماری های گوارشی هم دارند. بیشترین درصد فراوانی در هر دو گروه مربوط به ابتلا به فشار خون است؛ به طوری که ۳۴/۳ درصد از گروه آزمایش و ۴۱/۹ درصد از گروه کنترل سابقه فشار خون داشتند.

مقایسه تغییرات میزان خشنودی درک شده در افراد دو گروه آزمایش و کنترل در مقاطع زمانی مطالعه شده نشان داد میزان خشنودی در مرحله قبل از مطالعه در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است ( $P = 0.969$ ). در گروه آزمایش نمره خشنودی بلافاصله بعد از مداخله به طور معنی داری نسبت به قبل از مطالعه افزایش یافته است ( $P < 0.001$ ) (جدول شماره ۱)، اما در گروه کنترل در مرحله بلافاصله بعد از مداخله، تفاوت معنی داری با مرحله قبل از مطالعه نداشته است ( $P = 0.104$ ) (جدول شماره ۲). هرچند نمره خشنودی درک شده گروه مداخله ۱ ماه و ۳ ماه بعد از مداخله روند کاهشی را نشان می دهد، اما مقایسه آن با گروه کنترل نشان می دهد میزان خشنودی افراد گروه مداخله به طور واضحی بیشتر از گروه

جدول ۱. مقایسه تغییرات میزان خشنودی درک شده در افراد گروه آزمایش در بازه های مختلف مطالعه

میزان خشنودی	قبل از مطالعه	بلافاصله بعد از مداخله	۱ ماه بعد از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۱۱۶/۲ $\pm$ ۳۴/۸۸	۱۵۴/۱ $\pm$ ۲۹/۰۷	۱۴۴/۲ $\pm$ ۲۷/۳۲	۱۲۷/۲ $\pm$ ۲۸/۵۸
تغییرات نسبت به مرحله قبل	-	۳۷/۹ $\pm$ ۱۵/۵۶	-۹/۸ $\pm$ ۱۵/۹۹	-۱۷/۱ $\pm$ ۱۵/۳
سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱ >

جدول ۲. مقایسه تغییرات میزان خشنودی درک شده در افراد گروه کنترل در بازه های مختلف مطالعه

میزان خشنودی	قبل از مطالعه	بلافاصله بعد از مداخله	۱ ماه بعد از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۱۱۵/۹ $\pm$ ۲۸/۴۱	۱۱۳/۵ $\pm$ ۲۸/۱۶	۹۲/۹ $\pm$ ۲۴/۱۴	۷۹ $\pm$ ۲۰/۱
تغییرات نسبت به مرحله قبل	-	-۲/۴ $\pm$ ۹/۴۳	-۲۰/۶ $\pm$ ۱۱/۶	-۱۳/۹ $\pm$ ۹/۶۴
سطح معنی داری	-	۰/۱۰۴	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱

جدول ۳. مقایسه تغییرات میزان خشنودی درک شده در افراد دو گروه آزمایش و کنترل در مقاطع زمانی مطالعه شده

میزان خشنودی	میزان خشنودی قبل از مطالعه	بلافاصله بعد از مداخله	۱ ماه بعد از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	میزان تغییرات در مقایسه با قبل از آزمون
گروه آزمایش	۳۴/۸۸ $\pm$ ۱۱۶/۲	۱۵/۵۶ $\pm$ ۳۷/۹	۱۸/۶۱ $\pm$ ۲۸/۱	۱۹/۲ $\pm$ ۱۱	
گروه کنترل	۲۸/۴۱ $\pm$ ۱۱۵/۹	۹/۴۳ $\pm$ ۲/۳۶	۱۵/۲۴ $\pm$ ۲۳	۱۹/۲۱ $\pm$ ۳۶/۹	
سطح معنی داری (آزمون من ویتنی)	۰/۹۶۹	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	



کنترل است. کاهش شدید نمرات گروه کنترل ۱ ماه و ۳ ماه بعد از مداخله شاهد این ادعاست (جدول شماره ۳).

### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد انجام برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی از نظر علمی و عملی امکان پذیر است و باعث افزایش میزان خشنودی درک شده در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری می شود. نتایج مطالعه نشان داد شروع توانمندسازی زودهنگام در بیماران قلبی باعث افزایش خشنودی بیماران در مقایسه با گروه شاهد می شود که در برنامه توانمندسازی شرکت نکرده بودند. هرچند روندی کاهشی ۱ ماه و ۳ ماه بعد از آموزش در میانگین نمرات خشنودی هر دو گروه دیده شد، اما این تغییرات در گروه آزمایش مثبت و در گروه کنترل منفی است و میانگین نمرات خشنودی به طور واضحی در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل است.

به نظر می رسد تداوم نیافتن برنامه های آموزشی و توانمندسازی و رها کردن فرایند درمان بعد از احساس بهبودی نسبی در بیماران از علل این کاهش است. شاید علت کاهش خشنودی بیماران قلبی با گذشت زمان به دلیل وجود علائم متعدد فیزیکی ناشی از بیماری باشد. شدت و تعدد علائم بیماری و احساس قریب الوقوع بودن مرگ، اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی، نداشتن تحمل فعالیت و کاهش حس استقلال در این بیماران شایع است.<sup>(۹)</sup>

محمدی و همکاران نشان دادند، بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان توصیه های درمانی را فراموش می کنند و رفتارهای نامناسب بهداشتی در آن ها در صورت نبود پیگیری افزایش پیدا می کند. در مطالعه آن ها تغییر معناداری در کیفیت زندگی دو گروه آزمون و شاهد بعد از چهار ماه از برنامه مشاهده نشد<sup>(۱۸)</sup>. عیسی زادگان و همکاران در بررسی رضایت از زندگی و خوش بینی بیماران قلبی نتیجه گرفتند با گذشت زمان میزان نشاط و سرزندگی بیماران قلبی کاهش پیدا می کند و انجام ندادن باز توانی قلبی باعث بدتر شدن سلامت روانی می شود.

بیماران قلبی رضایت از زندگی مطلوبی ندارند و انجام اقداماتی برای بهبود رضایت از زندگی و افزایش میزان خوش بینی در بیماران قلبی ضروری است<sup>(۱۹)</sup>. بومن و همکاران در بررسی خشنودی و رضایت بیماران قلبی پنج سال بعد از آنژیوگرافی بیان کردند که نداشتن فعالیت فیزیکی، چاقی، دیابت و سیگار از عوامل کاهش خشنودی بیماران ۵ سال بعد از آنژیوگرافی است. اکثر بیماران بیان کردند تمایل به اصلاح سبک زندگی خود دارند، اما نمی دانند چگونه باید این اصلاح را انجام دهند. محققان در همین راستا پیشنهاد می کنند برنامه های ارتقای سلامتی و پیگیری بعد از درمان از عواملی است که باعث افزایش خشنودی بیماران می شود<sup>(۲۰)</sup>.

استیقا و همکاران با بررسی عوامل روان شناختی مانند خشنودی و رضایت از زندگی در برنامه توانمندسازی بر اهمیت این عوامل در برنامه توانمندسازی بیماران قلبی تأکید کردند. نتایج مطالعه آن ها نشان داد بین خشنودی و رضایت از زندگی و سلامت ارتباط تنگاتنگی وجود دارد<sup>(۲۱)</sup>. گلیکمن<sup>۱</sup> و همکاران با هدف بررسی رضایت بیمار از کیفیت درمان بیان کردند میزان خشنودی و رضایت بیماران بستری با نوع درمان و کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط مستقیم دارد<sup>(۲۲)</sup>.

مسعودی و همکاران نشان دادند برنامه توانمندسازی خانواده محور باعث افزایش نمره خشنودی درک شده در مراقبان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس می شود<sup>(۱۷)</sup>. سیاوشی و همکاران نشان دادند باز توانی قلبی باعث افزایش نشاط و سرزندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر می شود<sup>(۲۳)</sup>. بوهم و همکاران در بررسی خوشحالی، خشنودی و خوب بودن بیماران قلبی میان سال نشان دادند احساسات خوشایند و خوش بینی و تفکرات مثبت در بیماران قلبی با کاهش خطر بیماری همراه است و مداخلاتی که به افزایش این عوامل کمک کند باعث کاهش خطر بیماری می شود<sup>(۲۴)</sup>.

نتایج این مطالعات همسو با نتایج این تحقیق به اهمیت خشنودی و رضایت بیمار در برنامه های توانمندسازی تأکید دارد. تأکید بر عوامل روان شناختی مانند خشنودی و رضایت از زندگی در برنامه توانمندسازی نشان از اهمیت این عوامل در برنامه توانمندسازی بیماران قلبی دارد که در مطالعه حاضر هم با انتخاب خشنودی درک شده به عنوان متغیری اصلی به اهمیت آن در برنامه توانمندسازی تأکید شده است.

### نتیجه گیری

عواملی نظیر خشنودی، رضایت از زندگی و احساس خوشبختی صرف نظر از عوامل دیگر نظیر سن، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، استعمال دخانیات و وزن با کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی در ارتباط است. نتایج این مطالعه نشان داد در انجام برنامه های توانمندسازی بیماران قلبی با در نظر گرفتن عوامل روان شناختی، چشم انداز مثبتی برای بهبود شرایط فراهم می کند و آموزش بیماران و افزایش درک آن ها از بیماری و کنترل احساسات نتایج روان شناختی خوبی را باعث می شود.

افزایش درک بیمار از شرایط خود و افزایش احساس کنترل بر عوامل خطر می تواند باعث تغییر رفتار شود و باید در استانداردهای توانمندسازی بر آن ها تأکید شود.

1. Glickman

## کاربرد نتایج مطالعه در بالین

## تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از همه استادان دانشگاه و پرسنل بیمارستان‌های هاجر و کاشانی شهرکرد تشکر کنیم.

نتایج این تحقیق تأثیر برنامه توانمندسازی در افزایش خشنودی بیماران قلبی را تأیید کرده است. پرستاران بالینی با به کار بردن الگوی توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی برای افزایش خشنودی در این بیماران، می‌توانند گام‌های مؤثری در مراقبت، مشاوره و حل مشارکتی مشکلات این بیماران بردارند و وابستگی این بیماران را به پرستار و دیگر کادر درمانی کمتر کنند و آن‌ها را قادر سازند نیازهایشان را تا حد امکان برآورده کنند.

با توجه به نتایج این تحقیق که تأثیر برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در افزایش خشنودی بیماران قلبی را نشان می‌دهد، در آموزش پرستاری نیز می‌توان بر نقش این الگو در مراقبت‌ها تأکید کرد و به دانشجویان پرستاری و پرستاران بالین، به کارگیری برنامه توانمندسازی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی و به طور کلی ابعاد مراقبتی این الگو را آموزش داد که می‌تواند نقش مهمی در مراقبت از بیماران قلبی و دیگر بیماری‌های مزمن داشته باشد.

## ملاحظات اخلاقی

## پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این تحقیق در تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۵ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با کد اخلاق ۱۳۹۵/۱۴۴.IR.SKUMS ثبت شده است. همچنین در تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۲۱ در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT۲۰۱۶۰۵۲۸۰۲۸۱۳۳۲N۱ به ثبت رسیده است.

## حامی مالی

این مقاله حاصل یک طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد است.

## مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، بصری‌سازی، مدیریت پروژه، ویراستاری و نهایی‌سازی: رضا مسعودی، شهرام اعتمادی‌فر، رضا محمدی؛ روش‌شناسی: رضا مسعودی، شهرام اعتمادی‌فر؛ اعتبارسنجی: رضا مسعودی، شهرام اعتمادی‌فر؛ تحلیل: علی احمدی؛ منابع: رضا محمدی؛ نظارت: رضا مسعودی، شهرام اعتمادی‌فر؛ تأمین مالی: رضا مسعودی، شهرام اعتمادی‌فر.

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## References

1. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Ann Transl Med*. 2016; 4(13):256. [DOI:10.21037/atm.2016.06.33] [PMID] [PMCID]
2. Wachira JK, Stys TP. Cardiovascular disease and bridging the diagnostic gap. *S D Med*. 2013; 66(9):366-9. [PMID]
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics- 2014 update: A report from the American Heart Association. *Circ*. 2014; 129(3):e18-209. [DOI:10.1161/01.cir.0000441139.02102.80] [PMID] [PMCID]
4. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med*. 2014; 371(9):818-27. [DOI:10.1056/NEJMoa1311890] [PMID]
5. Torres A, Blasi F, Dartois N, Akova M. Which individuals are at increased risk of pneumococcal disease and why? Impact of COPD, asthma, smoking, diabetes, and/or chronic heart disease on community-acquired pneumonia and invasive pneumococcal disease. *Thorax*. 2015; 70(10):984-9. [DOI:10.1136/thoraxjnl-2015-206780]
6. Meier P, Lansky AJ, Baumbach A. Almanac 2013: Acute coronary syndromes. *Heart*. 2013; 99(20):1488-93. [DOI:10.1136/heartjnl-2013-304649] [PMID]
7. Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. [The effect of spiritual self-care group therapy on life expectancy in patients with coronary artery disease: An educational trial (Persian)]. *J Rafsanjan Uni Med Sci*. 2017; 15(10):917-28.
8. Ramezani Y, Mobasheri M, Moosavi SG, Bahrami A, Rayegan F, Parastui K, et al. [Exposure rate of cardiovascular risk factors among clients of health-care clinics in Kashan, Autumn 2010 (Persian)]. *J Shahrekord Uni Med Sci*. 2011; 13(2):76-82.
9. Valdez RS, Holden RJ, Caine K, Madathil K, Mickelson R, Lovett Novak L, et al. Patient work as a maturing approach within HF/E: Moving beyond traditional self-management applications. *Proc Hum Factors Ergon Soc Annu Meet*. 2016; 60(1):657-61. [DOI:10.1177/1541931213601151]
10. Freedland KE, Hessler MJ, Carney RM, Steinmeyer BC, Skala JA, Dávila-Román VG, et al. Major depression and long-term survival of patients with heart failure. *Psychosom Med*. 2016; 78(8):896-903. [DOI:10.1097/PSY.0000000000000346] [PMID] [PMCID]
11. Lai VKW, Lee A, Leung P, Chiu CH, Ho KM, Gomersall CD, et al. Patient and family satisfaction levels in the intensive care unit after elective cardiac surgery: Study protocol for a randomised controlled trial of a preoperative patient education intervention. *BMJ Open*. 2016; 6(6):e011341. [DOI:10.1136/bmjopen-2016-011341] [PMID] [PMCID]
12. Wichstrøm L, von Soest T. Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem: A large 13-year prospective study of adolescents. *J Adolescence*. 2016; 47:16-27. [DOI:10.1016/j.adolescence.2015.12.003] [PMID]
13. Eslami B, Macassa G, Sundin Ö, Khankeh HR, Soares JJ. Quality of life and life satisfaction among adults with and without congenital heart disease in a developing country. *Eur J Prev Cardiol*. 2015; 22(2):169-79. [DOI:10.1177/2047487313514017] [PMID]
14. Mallard AG, Lance CE, Michalos AC. Culture as a moderator of overall life satisfaction-Life facet satisfaction relationships. *Soc Indic Res*. 1997; 40(3):259-84. [PMID] [PMCID]
15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
16. Saunders GH, Frederick MT, Silverman SC, Nielsen C, Laplante-Lévesque A. Description of adults seeking hearing help for the first time according to two health behavior change approaches: Transtheoretical model (stages of change) and health belief model. *Ear Hear*. 2016; 37(3):324-33. [DOI:10.1097/AUD.0000000000000268] [PMID]
17. Masoodi R, Soleimani MA, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili SA. [Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and selfconcept of multiple sclerosis patients care givers (Persian)]. *Koomesh*. 2013; 14(2):240-8.
18. Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. [Effect of home-based cardiac rehabilitation quality of life in the patients with myocardial infarction (Persian)]. *Arch Rehabil*. 2006; 7(3):11-9.
19. Issazadegan A, Aghayanazade H, Shiekhly S. [Comparison of cognitive emotion regulation strategies, optimism and life satisfaction among people with gastrointestinal and cardiovascular disease (Persian)]. *J Urmia Nur Midwifery Fac*. 2015; 13(5):440-50.
20. Baumann M, Tchicaya A, Vanderpool K, Lorentz N, Le Bihan E. Life satisfaction, cardiovascular risk factors, unhealthy behaviours and socioeconomic inequality, 5 years after coronary angiography. *BMC Public Health*. 2015; 15:668. [DOI:10.1186/s12889-015-2047-0] [PMID] [PMCID]
21. Steca P, Greco A, Monzani D, Politi A, Gestra R, Ferrari G, et al. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychol Health*. 2013; 28(7):765-83. [DOI:10.1080/08870446.2012.759223] [PMID]
22. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3(2):188-95. [DOI:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.900597] [PMID]
23. Siavoshi S, Roshandel M, Zareiyan A, Ettetagh L. [The effect of cardiac rehabilitation care plan on the quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery (Persian)]. *Cardiovasc Nurs J*. 2012; 1(2):38-46.
24. Boehm JK, Peterson C, Kivimäki M, Kubzansky L. A prospective study of positive psychological well-being and coronary heart disease. *Health Psychol*. 2011; 30(3):259-67. [DOI:10.1037/a0023124] [PMID] [PMCID]